

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 février 1902, à 1 heure

PAR

A. ABRAMOFF

Né à Tulcea (Roumanie) le 25 septembre 1872

Interne à la Polyclinique Henri de Rothschild de Paris
Ex-Interne de l'Hôpital et Dispensaire de Rothschild de Berek-sur-Mer
Ex-Interne des Hôpitaux et Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Grenoble
Diplômé de l'Ecole vétérinaire d'Alfort
Ancien externe des hôpitaux de Lyon et de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS TUBERCULEUSES DES OS

Du Coude & de l'Olécrâne
EN PARTICULIER

Président : M. POZZI, Professeur.

(BUDIN, Professeur.

Juges : MM. { BONNAIRE, Agrégé.
MARION, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1902

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 février 1902, à 1 heure

PAR

A. ABRAMOFF

Né à Tulcea (Roumanie) le 25 septembre 1872

* Interne à la Polyclinique Henri de Rothschild de Paris
Ex-Interne de l'Hôpital et Dispensaire de Rothschild de Berck-sur-Mer
Ex-Interne des Hôpitaux et Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Grenoble
Diplômé de l'Ecole vétérinaire d'Alfort
Ancien externe des hôpitaux de Lyon et de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS TUBERCULEUSES DES OS

Du Coude & de l'Olécrâne

EN PARTICULIER

Président : M. POZZI, Professeur.

*Juges : MM. { BUDIN, Professeur.
BONNAIRE, Agrégé.
MARION, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1902

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....
Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

M. DEBOVE.
MM.
FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE
CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

LANDOUZY.
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
GRANCHER.
JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU
TILLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.
DUPRE.

MM.
FAURE.
GILLES DE LA
TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM.
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.)
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ.
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et n'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Madame la Baronne James de Rothschild,
Monsieur le Docteur, Baron Henri de Rothschild.*

Vous vous êtes acquis, depuis bien longtemps, une double reconnaissance, émanant à la fois de nombreux malades et des médecins chargés de leurs soins : Des malades, par les Institutions — véritables forteresses élevées contre la misère et la maladie — que vous avez créées et que vous dirigez tant à Paris qu'à Berck et à Gouvieux et au sein desquelles la Charité est une religion, l'égalité un principe, et l'aménité une tradition. Des médecins, par le vaste champ d'études que vous leur offrez et par les encouragements de toutes sortes, dont vous êtes prodigues.

Permettez qu'un de ceux-ci accomplisse un devoir bien doux et vous adresse, en tête de ces quelques pages, en même temps que ses remerciements, l'expression de ses hommages très respectueux.

A. A.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique à la Facult

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Sénateur de la Dordogne.

Hommages de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Il est un usage solennel, autant qu'antique, d'évoquer en tête de ce travail, les noms de nos maîtres et amis et de leur adresser à tous, nos remerciements émus, pour la part qu'ils ont prise dans notre éducation scientifique. Nous le faisons d'autant plus volontiers que nous avons conservé pour beaucoup d'entre eux une estime profonde et une affection sincère.

Ce que nous avons de plus admiré en nos maîtres, c'était leur rigueur dans l'observation, leur bonne foi dans leurs affirmations scientifiques ; c'était en même temps cet esprit droit qui ne livre rien au hasard, pas même ses hypothèses, et qui ne craint pas parfois de dire : « je ne sais pas » ou « je me suis trompé. »

C'est ainsi que quelques maîtres savent s'entourer d'une auréole de gloire et de sympathie dont l'éclat ne saurait jamais se ternir dans la mémoire de leurs élèves. Et, ce n'est pas leur moindre conquête.

Sommes-nous jeunes étudiants, leur parole tombant dans un cerveau très impressionnable, fait l'effet d'une

graine mûre, dans une terre féconde. Etudiants sur le point d'être livrés à nous-mêmes, leurs conseils, basés sur l'expérience si utile de la vie, font comme ce clair rayon de soleil qui réchauffe et ragaillardit la jeune plante encore frêle, produit de leurs œuvres.

Comment d'ailleurs s'y refuseraient-ils ? Membres éminents d'une profession qui a encore heureusement gardé et qui devrait toujours garder des traditions de générosité, ils montrent ainsi qu'ils en sont les véritables apôtres, et par l'esprit et par le cœur.

Nous remercions particulièrement M. le docteur Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, qui avec beaucoup de bienveillance nous a permis d'assister à ses opérations et de recueillir les observations qui font l'objet de ce travail.

Nous remercions également M. le professeur Nocard (d'Alfort), membre de l'Académie de Médecine, qui a bien voulu, pendant deux ans, nous attacher à son laboratoire de maladies contagieuses. Nous avons toujours gardé pour lui un sentiment de sincère admiration.

Nous prions M. le professeur Bordier dont l'active direction fait faire chaque jour, à l'Ecole de Médecine de Grenoble, un pas de plus dans la renommée, d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour les bons conseils et les encouragements qu'il nous donna à maintes reprises.

Plus près de nous, nous remercions M. le docteur Calot, chirurgien en chef de l'hôpital et du dispensaire de Rothschild de Berck, ainsi que Mmes les directrices,

pour les bonnes relations qui n'ont jamais cessé d'exister entre nous.

Enfin, nous inscrivons dans le souvenir de l'amitié reconnaissante, les noms de MM. les médecins de la Polyclinique Henri de Rothschild, qui, par leur science et leur dévouement contribuent à rehausser l'éclat et à affermir l'utilité de cette œuvre de bienfaisance.

Nous adressons, enfin, nos remerciements à M. Sellier, notre aimable dessinateur, capable de mettre au service de la médecine d'inépuisables ressources de talent et de génie d'artiste.

INTRODUCTION

Bien que moins fréquente que la tuberculose du genou et de la hanche, la tuberculose du coude se rencontre encore dans une assez forte proportion.

Comme dans les autres jointures, les os de l'articulation du coude sont atteints avec une prédominance remarquable sur les parties molles.

Dans la statistique d'Ollier, portant sur 112 cas, 13 fois les lésions étaient à peu près bornées à la synoviale ; 87 fois, elles paraissaient d'origine osseuse ; dans 12 cas on ne pouvait se prononcer.

Nous donnerons ci-après une statistique de 67 cas portant sur des malades soignés dans le service de M. Ménard, à l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Dans les trois os du coude, les lésions se rencontrent-elles avec une égale fréquence sur chacun d'eux ? Et n'y en a-t-il pas qui soient frappés soit primitivement soit secondairement avec une plus grande fréquence ?

Koenig, sur 52 cas de résection du coude, trouve comme siège de la lésion : cubitus 22, humérus 17, radius 13, 10 fois il s'agissait de formes synoviales.

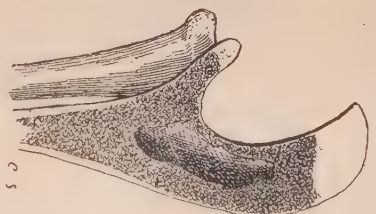
Ollier montre, en outre, que la localisation des foyers osseux tuberculeux, se fait *surtout dans la région juxtaépiphysaire*, et plus près de la surface sigmoïdienne, c'est-à-dire articulaire, quand il s'agit de l'épiphyse cubitale.

Les interventions pour tuberculose du coude, avaient frappé M. Ménard, par la fréquence avec laquelle le cubitus et sa partie olécrânienne étaient frappés, à l'exclusion des autres os et alors que la synoviale ne présentait pas cliniquement, tout au moins, trace d'infection tuberculeuse.

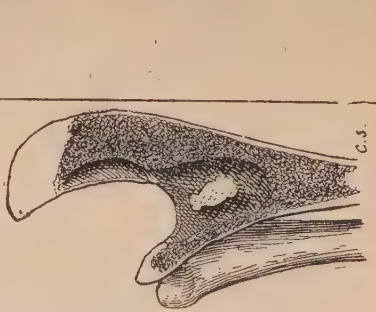
Dans les tableaux ci-après nous avons *résumé* les observations de 67 cas d'interventions pour coude tuberculeux. Nous en avons retranché à dessein la symptomatologie, voulant tirer nos conclusions plutôt des découvertes anatomiques faites au cours de ces interventions.

Un certain nombre d'observations qui offraient plus d'intérêt, ont été relatées à la suite avec quelques détails.

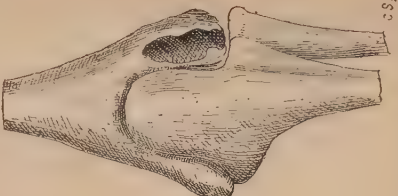
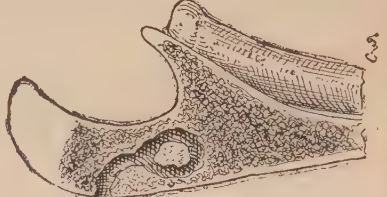
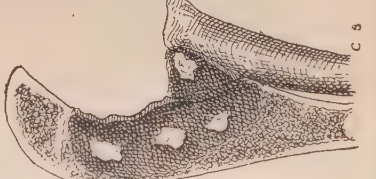
Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
1	Dr Ménard	T... Ernestine	11	juin 93		Foyers tub. dans diverses artic.	Inj. de $ZnCl^2$ au 1/15. Résections du poignet gauche et du coude gauche.
2	Id.	D... Gustave	2	15 nov 94	6 juin 96	Tub. osseuses, multiples.	Incision verticale postérieure, le long de l'olécrâne et du cubitus gauche.
3	Id.	Dub... Jeanne	141/2	déc. 94		Tub. multiples.	Curettage de l'art. de Chopart. Résect. atyp. coude droit.
4	Id.	L... Alphonsine	5	16 mar 95	30 janv 96	Tub. multiples.	Arthrectomie coude gauche.
5	Id.	G... Marguerite	3	15 mai 95		Tub. multiples.	Arthrectomie coude droit. Cubitus seul réséqué.
6	Id.	H... Ernest	2	10 juil. 95	20 mar 96	Tub. multiples.	Curettage du foyer cubital gauche.
7	Id.	Jean Mathilde	3	15 nov 95	23 avr. 96	Tub. coude g.	Ouverture du coude par face postérieure le long de l'olécrâne.
8	Id.	Del... Jeanne	5	16 janv 96	9 mai 96	Tub. multiples c. droit.	Par fistule incision jusqu'au cubitus.
9	Id.	L... Armand	7	18 janv 96	19 fév. 97	Tub. du coude dr.	Incision post. en baïonnette. Résection: olécrâne, épiphyse huméral.
10	Id.	Dr... Jeanne	3	14 mar 96	12 mai 97	Tub. multiples, 2 coudes, mains, pieds.	Arthrotomie: incision en baïonnette.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Cubitus et olécrâne : foyers étendus du côté de la cavité sigmoïde. Humérus : décollement du cartil. épiphysaire.	Tumeur blanche du coude droit, abcès froid sur le côté interne du poignet gauche.	
Cubitus : caverne avec séquestre rouge tenant à l'olécrâne. Articul. saine.	Spina ventosa 1 ^{er} métacarpien gauche ; ostéite du rebord orbitaire.	
Olécrâne droit : foyers tub. sur face externe. Humérus et radius sains	Adénite fistul. tub. base du cou. Lésions du calcanéum.	
Cubitus intact. Humérus : foyer sur paroi intermédiaire aux cavités olécrân. et coron. Radius dénudé.	Foyer tub. in rég. tendon d'Achille. Spina ventosa 3 ^e métac. gauche.	
Cubitus, radius : intacts. Humérus : caverne épitrochlée.	Spina ventosa 1 ^{re} phal. méd. g. T. gang. épitrochléen g. T. gangl. deltoïdo-pectoral.	
Olécrâne : lésion juxta-articul. sans séquest.	Tub. malléole ext. dr.	
Olécrâne et épiphyse cubitale : caverne remplie de fongosités. Humérus, radius : sains.		
Olécrâne et épiphyse cubitale avec caverne juxta-artic. Humérus et radius : sains.	Foyers tub. avec séquestre in épiphyse tibiale ; articul. du genou intacte.	
Olécrâne : caverne avec grumeaux osseux. Radius intact.		
Olécrâne : petite caverne en rapport avec gomme suppurée. Articul. saine.	Spina ventosa 1 ^{er} métacarp. main droite. — Id. main gauche. — Foyer maxill. inf.	

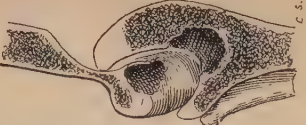
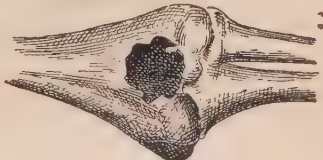
Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
11	D ^r Ménard	M... Lucien	6	16 avr. 96		Tuberc. multipl. tub. du coude droit, multifis- tuleux.	Incision simple.
12	Id.	Jul..Ger- maine	7	17 déc.96		Tub. multiple, ar- thrite tub.coude droit.	Incision et curettage des foyers.
13	Id.	Bus... Jeanne	3	5 janv. 97		Tub. du coude dr.	Incision en baïon- nette depuis part. interne de l'extre- mité inférieure d l'humérus.
14	Id.	Pier... Marius	9	11 mar97		Tub. multiple, 2 coudes.	Arthrectomie coud gauche et droit. Radius réséqué pou être au même ni- veau que cubitus.
15	Id.	Detig... Jean	24/2	3 mai 97		Tum. blanche du coude droit.	Résection du coude incision en baïon- nette.
16	Id.	Viaud... Julie	7	15 mai 97		Tub. multiple, t. coude g. fistu- leux dep. quel- ques semaines.	Résection.
17	Id.	D..Louis	6	12 mai 97		Tub. multiple, ab- cès rétro-cubi- tal coude droit.	Ponction de l'abcès olécrân., éviden- ment, curettage.
18	Id.	Douab... Jean	9	12 juil.97		Lésion juxta-arti- cul. coude g.	Evidement large d l'olécrâne.
19	Id.	Cit... Joseph	11	12 nov.97		Tubercul. du coude déjà opéré, mal de Pott dors.inf.	Arthrectomie coud droit, grattage de fongosités.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Cubitus : ostéite tub. et fracture près épiphyse Radius spina ventosa.	Spina vent. tibia droit ; tub. costale.	
Olécrâne : gonflé, fongueux. On pénètre facilement dans articul. secondairement prise.	Gommes tub. multiples, cuisse g., fesse g., av. bras.	
Olécrâne et cubitus détruits sur une long. de 5 cm. séquestre. Radius sain.		
Abscess au devant de l'humérus.		
Olécrâne droit : pus caillé et petits séquestres. Coude gauche : fongosité dans cavité oléocrân. et coronéidienne		
Radius : entouré de fongosités, mais non ulcéré.		
Olécrâne cav. de 4 cm. non en rapp. avec articul.		
Olécrâne : nid tub. dans épaisseur et sur la face externe, foyer localisé artic. saine.		
Olécrâne foyer avec pus granuleux sur une hauteur de 5 centim. articul. intacts.	Foyer fermé sur partie inférieure du cubitus, tuberc. crânienne.	
Olécrâne; infiltration non séquestrée très étendue, articul. saine.		
Tous les os paraissent macroscopiquement sains.	Mal de Pott dorsal inf.	

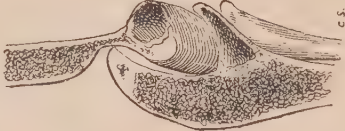
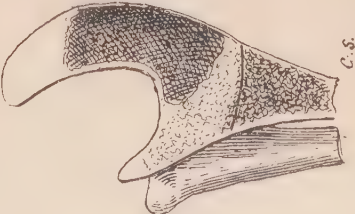
Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
20	Dr Ménard	F... Marthe	7	9 févr. 98		Tuberculose très ancienne du c. droit, 3 fistules.	Incision partant d'une fistule près épicondyle avec gouge et maillet : une trachée à travers l'humérus.
21	Id.	P... André	10	25 jan. 98		Tub. multiple, 2 coudes.	Arthrectomie du coude droit ; incision en baïonnette.
22	Id.	Legru	f. 5	3 févr. 98		Tuberculose coude gauche. Tub. du calcan.	Incision verticale longeant l'olécrâne.
23	Id.	Chap... Bernard	6	16 mar 98		Tub. multiples. Tub. coude gauche avec fistules.	Incision sur la fistule. Incision en L renv.
24	Id.	G... René	4	11 mai 98		Arthrite tub. du coude dr., gonflement énorme sans abcès.	Incision en baïonnette, curettage intégral.
25	Id.	Revegry	g. 14	16 août 98		Tub. ancienne c. gauche.	Evidement d'une large cavité olécrânienne.
26	Id.	Fournier	f. 8			Tuberc. multiple. Tub. coude droit avec 2 fistules.	Incision par fistule menant sur base de l'olécrâne et cubit.
27	Id.	Lac... André	6	15 avr. 98	nov. 98	Tuberculose des deux coudes.	4 juillet arthrotomie coude droit, 16 août même op. coude gauche.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Cubitus et radius sains. Humérus avec foyer épicondylien.		
Articulation libre. Olécrâne en rapport avec petit abcès : il est érodé en cupule admettant phalange du pet. doigt Humérus sain.	Spina ventosa annulaire de la main droite.	
Olécrâne : sur une hau- teur de 5 centimètres détruit, séquestre. Hu- mérus sain. Radius entouré de fon- gosités.	Tub. du calcanéum.	
Os et surfaces articul. saines, fongosités des parties molles envi- ronnantes.	Cicatrice tubercul. ma- laire. Cicatrice opératoire le long du péroné.	
Foyer olécrânien fusant dans le cubitus. Humérus sain articul. saine.	Spina ventosa fistuleux du 3 ^e orteil gauche.	
Olécrâne : large caverne s'étendant sur ap. co- ronoïd. séquestres.		
Olécrâne et cubitus : énorme séquestre.	Tub. du rebord orbitaire gauche.	
Coude droit : Olécrâne avec petite caverne. Humérus sain. Coude gauche : lésion primitive, infiltration du cubitus.	Fistules des deux os malaires.	

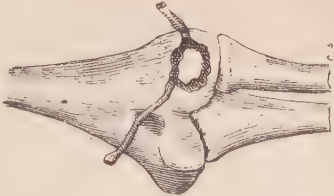
N ^{os}	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
28	D ^r Ménard	Gaudru	g. 4	5 sept. 98		Tuberculose coude. droit, gonflem. énorme sans ab- cès.	Evidement de l'olécr
29	Id.	Heid- scheid	f. 5	26 déc.98		Tuberc. du coude déjà opérée. Fis- tule persistante.	Incision par fistule sur extrémité infé- rieure del'humérus
30	Id.	C... Gilbert	3	17 mar99		Tuberc. osseuses multiples. 2 coudes.	Coude droit : incis. d'un abcès près épi- troch. Coude gau- che : incision post.
31	Id.	Mary	f. 7	29 mai99		Tubercul. juxta- articulaire du cubitus droit.	Evidement d'une pe- tite cavité conte- nant prod.caséeux.
32	Id.	G... George	10	10 mai98		Tub. multiple : coude gauche.	Incision par fistule de la région antéro- interne du coude.
33	Id.	Foudriat	g. 24/2	31 juil.98		Tub. des 2 coudes	Résection atypique du coude droit.
34	Id.	Del...	g. 34/2	19 sep.99		Tub. multiple des os, 2 coudes.	Ablation du séques- tre huméral qui est en même temps taillé en oiseau.
35	Id.	Broust	g. 31/2	2 oct. 99		Tub. fistuleuse du coude droit.	Résection partielle de l'épiphyse humérale
36	Id.	Pourels	g. 5	12 fév.00		Tub. des 2 coudes.	Coude gauche. Résection partielle de l'épiphyse huméra- le et de l'olécrâne.
37	Id.	G...Mar- guerite	81/2	12 sep.00		Tum. bl. du coude droit multifistu- leuse.	Incision interne, réu- nion des fistules.
38	Id.	Gomiot	f. 11	23 oct.99		Tum. blanche du coude.	Incision par fistule latéro-olécrânienne grattage.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Olécrâne : caverne sans séquestre sur côté interne. Partie interne de la trochlée érodée.		
Cubitus et Radius sains. Humérus dénudé sur une hauteur de 3 centim.		
Aux 2 coudes, seul l'humérus est lésé. Radius et cubitus sains	Spina ventosa du 4 ^e métacarpien droit fistuleuse.	
Rien à l'humérus et au radius.		
Cubitus érodé et cavitaires près la tête.		
On ne trouve pas de lésions osseuses. L'abcès s'était formé au dépens du ganglion épitrochléen.		
C. dt Humérus et cubitus lésés. L'articulation à peine touchée. Coude gauche : Olécrâne avec excavation sur face interne. Articul. libre.		
Humérus : caverne et séquestre au-dessus de l'épiphyse.		
Humérus : ramollissement partiel de l'épiphyse sous le cartil.		
Olécrâne dénudé, fongueux surface interne. Humérus : une petite caverne au-dessus de l'épicondyle.		
Humérus seul atteint, trochlée détruite.		
Pas de lésion articulaire		

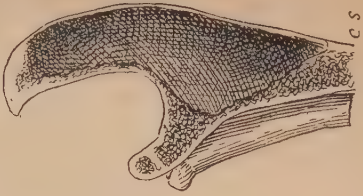
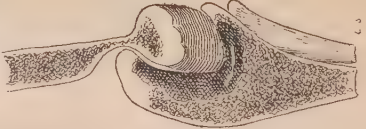
Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
39	D ^r Ménard	Dautelli	f. 12	7 nov. 99		Tub. coude gauch., abcès résist. aux ponctions.	Résection du coude gauche. Incision classique.
40	Id.	Moris	g. 10 1/2	27 nov. 99		Tub. multiple c. droit.	Incision sur olécrâne évidemment de cetos
41	Id.	R... Germaine	3	15 sep. 99		Tub. multiple c. gauche.	Incision postérieure longeant le triceps brachial.
42	Id.	Schof	g. 9	2 jan. 00		Tub. coude gauch.	Incision postéro-externe. Articulation ouverte. Toutes les extrémités sont réséquées sur faible étendue.
43	Id.	D... Ernest	2	13 oct. 99		Tub. multiple. Tum. blanche du coude droit.	Arthrectomie par 1 ^{re} intention.
44	Id.	Camp...	g. 31 1/2	29 jan. 00		Tub. des 2 coudes, coude droit fist.	Curettage de l'artic.
45	Id.	Bouillon	f. 6	29 jan. 00		Tub. coude gauch. abcès fermé, pl. fois ponctionné.	Incision en baïonnette latéro-intern. Curettage. Réunion complète. Plâtre.
46	Id.	Petite... Julien	4	15 nov. 99		Tub. osseuse et gglion. mult.	Incision post. sur fistule conduisant sur foyer primitif de l'humérus. Curettage. Réunion.
47	Id.	Bebe...	g. 8	26 fév. 00		Tub. coude droit.	Résection partielle de l'olécrâne et du radius (1 ^{re} intention).
48	Id.	Bochet	f. 6	2 avr. 00		Tub. coude droit.	Résection de l'olécrâne et cupule radiale pour être mise sur le niveau du cubitus.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Olécrâne érodé en cu- pule près cavité sig- moïde. Pas de séquestre.		
Olécrâne dénudé. Pas de séquestre. Humérus et radius sains	Lésions du calcanéum gauche.	
Olécrâne : foyer caséeux avec séquestre près du sommet. Articulation libre.	Tuberc. du calcanéum gauche déjà opéré. Id. calcanéum droit.	
Toutes les surfaces arti- culaires sont dénudées		
Humérus sain. Cubitus dans région juxta-épiphysaire des points jaunes ramollis		
Olécrâne bourgeonnant. Humérus : petit séques- tre supra-condyliën.		
Apophyse coronoïde fort altérée jusqu'à 2 cent. au-dessous de l'articul. Humérus lésé.		
Humérus seul lésé.		
Humérus intact. Radius et cubitus lésés.		
Olécrâne et tête cubitale: infiltration étendue.		

Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
49	D ^r Ménard	L.. Louis	4	11 oct.00		Tub. multiple. Tub. coude droit.	Incision siégeant 1/3 supér. de face post. du coude contre- ouverture, côté in- terne.
50	Id.	Chirol	g. 4	23 avr.00		Tub. coude gauch.	Evidement de l'olé- crâne.
51	Id.	Marey	f. 4	30 avr.00		Tub. du radius.	Incision depuis épi- condyle le long du radius.
52	Id.	Bebrun	g. 8	5 mai 00		Coude gauche déjà réséqué. Repro- duction des fon- gosités.	Curettage pansement ouvert.
53	Id.	Marin	g. 13	23 juil.00		Tub. de l'ext. sup. du cubitus déjà évidée.	Nouvel évidement.
54	Id.	Collot	g. 2	13 août 00		Tub. multiple, 2 coudes.	Evidement olécrâne gauche. Evidement et drai- nage, cubitus et humérus droits.
55	Id.	Gomai	f. 8	8 oct. 00		Abcès froids, tête du cubitus.	Curettage.
56	Id.	Gautier	f. 81 1/2	22 oct.00		Tub. du coude multifistuleux, membre en fus., écumoire de fist.	Résection totale.
57	Id.	Guille- min	g. 111/2	19 nov.00		Tum. blanche, c. droit.	Résection de l'olé- crâne. curettage ar- ticulaire.
58	Id.	Rapissat	g. 12	24 déc.00		Tub. multiple, c. gauche, abcès rétro-olécrân.	Incision en arrière de l'olécrâne, grat- tage.
59	Id.	M... Augusta	10	17 nov.00		Tub. coude droit, 25° de mouvem.	Incision post. Evi- dement de la caver- ne humérale.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Cubitus : caverne admettant extrémité de l'index. Articulation contient du pus, mais d'origine osseuse.	Spina ventosa 1 ^{re} phalange de l'index droit.	
Olécrâne : large cavité avec petite communication articulaire.		
Radius seul lésé dénudé sur hauteur de 2 cent.		
Humérus : point de départ des lésions à la trochlée.		
Cubitus, épiphyse et olécrâne seuls atteints.		
Humérus avec foyer grumeleux. Radius avec spina vent. Cubitus avec séquestre volumineux.		
Olécrâne dénudé. Pas d'autres lésions osseuses, articul. libre.		
Humérus et cubitus lésés. Radius sain.		
Olécrâne excavé du côté de l'articulation.		
On ne trouve pas de communication articulaire.		
Olécrâne et radius libres. Humérus : caverne dans région épicondyl. traversant humérus d'avant en arrière.		

Numéros	Provenance des observations	Nom	Age	Entrée	Sortie	Diagnostic	Genre d'intervention
60	D ^r Ménard	L...Hen- riette	131/2	10 oct.00		Tub. multiples, c. gauche, av. gom- me sur face in- terne.	Grattage de la gom- me siégeant au ni- veau du ganglion épit. Extirpation d'un sé- questre cubital.
61	Id.	R... Alexan ^{re}	141/2	12 oct.00		Tub. olécrâne g. avec fistule.	Curettage du cubitus et grand trochan- ter.
62	Id.	B...René	2	16 nov.00		Spina ventosa de l'ext. supér. du cubitus.	Résection partielle de l'olécrâne et du cubitus.
63	Id.	Bourg ...	f. 8	4 fév. 01		Coude droit, tub., 2 fistules.	Résection des 3 os. Curettage des ab- cès.
64	Id.	Le Maum...	g. 51/2	14 fév. 01		Tarse gauche, cu- bitus droit avec foyers tuberc.	Evidement de l'olé- crâne et de la moi- tié supérieure du cubitus. Coude pas ouvert.
65	Id.	Bleu	g. 2	6 mai 01		Tub. coude gauc. fermée, gros ab- cès.	Résection partielle.
66	Id.	Clément	g. 4	29 avr.		Tubercul. coude droit, volumin., abcès en arrière et en dehors.	Incision dorsale après grattage de la cic- trice.
67	Id.	Dinau- ceau	g. 6	févr. 01		Tub. multiple, 2 coudes pris.	Evidement des deux olécrânes.

Lésions des os du coude	Lésions tub. coexistantes	Schémas
Cubitus : foyer tub. avec séquestre. Humérus et radius sains. Articul. libre.	Tub. du poignet droit très ancienne.	
Olécrâne lésé sans arthrite.	Foyer tub. trochantérien.	
Caverne olécrânienne avec séquestre.	Tub. fistuleuse du sternum.	
Infiltration osseuse siégeant surtout à l'épitrachlée.		
Olécrâne et cubitus ramollis sur une grande étendue; articul. libre. Humérus et radius sains	Lésions tub. du tarse gauche.	
Olécrâne et cubitus, vaste caverne de 5 cent. avec séquestre. Humérus et radius sain.		
Olécrâne avec séquestre blanc, du côté articulaire.		
Olécrânes droit et gauche avec foyers tuberculeux et petits séquestres.	Arthrite tibio-tarsienne spina ventosa 1 ^{er} et 2 ^e métacarpiens main g.	

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

T... Ernestine, 11 ans. Entrée le 2 juin 1893. — Diagnostic : foyers articulaires multiples : 1. Coude gauche volumineux avec abcès froid au devant du biceps ; 2. Coude droit tumeur blanche ; 3. Abcès froid, sur le côté interne du poignet gauche.

1^{er} juillet. On entreprend des injections de chlorure de zinc au 1/15^e dans le coude gauche et le poignet ; aucun succès.

Le 4 octobre 1893. On intervient radicalement par une résection du poignet gauche dont les os sont trouvés malades.

Le 11 octobre. Résection du coude gauche ; l'épiphyse humérale a son cartilage décollé par place. *L'olécrâne est l'os le plus malade de l'articulation. Il offre une lésion siégeant sur la face interne et s'étendant jusqu'à la grande cavité sigmoïde.* Il est gratté et creusé ; suture ; gros drain et plâtre.

Pour ce qui est du coude opposé, des essais infructueux ayant été tentés par les injections modificatrices, il a été également réséqué. On trouve pendant l'intervention *l'épitrochlée complètement détruite ; un petit séquestre occupant l'extrémité inférieure de l'humérus. L'olécrâne est érodé sur une grande étendue du côté de l'articulation ; il est ramolli dans sa totalité.* Le cartilage juxta épiphysaire est détruit.

OBSERVATION II

D... Gustave, 2 ans. Entré le 15 novembre 1894. — Diagnostic : Tuberculoses osseuses multiples : 1. Spina ventosa du premier métacarpien gauche ; 2. Ostéite du rebord orbitaire du frontal droit ; 3. Abscess tuberculeux se rattachant à l'extrémité supérieure du cubitus droit. Intervention sur le coude droit le 3 mai 1895. On fait une incision postérieure le long de l'olécrâne et du cubitus. *L'extrémité supérieure du cubitus présente une caverne avec un séquestre encore adhérent du côté de l'olécrâne. Articulation du coude intacte.* On fait une incision des parties molles le long du muscle cubital postérieur. On arrive sur l'os par sa face interne ; curettage ; pansement ouvert. Le malade continue à être soigné à l'hôpital pour ses autres lésions tuberculeuses. Il quitte l'hôpital maritime le 9 juin 1896 avec ses lésions en voie de cicatrisation.

OBSERVATION III

Dubarry J..., 14 ans. Entrée le 3 décembre 1894. — Diagnostic : tuberculoses multiples ; 1. Pléiade ganglionnaire avec fistules à la base du cou ; 2. Tuberculose du calcanéum et gaine des péroniers droits ; 3. Tuberculose du coude droit (fistuleuse). Première intervention pour lésion calcanéenne. Le 29 août 1896, intervention sur coude droit. Sur face externe de l'olécrâne existe un foyer tuberculeux communiquant avec l'extérieur par un trajet fistuleux. Grattage de la cavité et drainage à la gaze iodoformée.

L'humérus et le radius paraissent sains.

Octobre 1896. Le coude droit est complètement cicatrisé.

OBSERVATION IV

L... Alphonsine, 5 ans. Entrée le 16 mars 1895. — Diagnostic : 1. Arthrite tuberculeuse du coude gauche ; 2. Foyer tuber-

culeux dans la région du tendon d'Achille ; 3. Spina ventosa du troisième métacarpien gauche.

Le 23 avril, première intervention à Berek, pour un foyer tuberculeux déjà opéré sur le côté interne du tendon d'Achille. On ne trouve pas de lésion osseuse de la malléole. Le 24 juin 1895, intervention pour la tuberculose du coude. On fait une arthrectomie. L'humérus présente un foyer tuberculeux dans la cloison osseuse intermédiaire aux cavités olécrânienne et coronoïdienne et en contact avec le cartilage de conjugaison. Ablation de ce foyer. Les surfaces articulaires sont laissées intactes. Le 17 octobre 1895, il persiste une fistule à la partie postérieure du coude, en arrière de l'épicondyle. Avec la sonde cannelée, on sent des surfaces osseuses altérées. Une incision, sur sonde, horizontale puis verticale, conduit sur la tête du radius. Cette extrémité est dénudée sur une hauteur de trois centimètres. On en pratique l'ablation. L'humérus est altéré du côté de la trochlée. On enlève à la pince-gouge toute la partie inférieure de cet os. Ablation de fongosités ; curettage, drain ; pansement iodoformé.

OBSERVATION VI

H... Ernest, 2 ans. Entré le 10 juillet 1895. — Diagnostic : 1. Fistulette au-dessous de la malléole externe du côté droit, paraissant aboutir au calcanéum ; 2. Coude gauche, cicatrice adhérente à la base de l'olécrâne du côté gauche ; 3. Coude droit fistule sur le même point.

Intervention : coude gauche, incision postérieure, un petit abcès épitrochléen au-dessus du coude gauche. L'articulation correspondante ne paraît pas malade. La fistule à la base de l'olécrâne se rattache à une lésion juxta-articulaire.

Le 20 mars 1896, tous les foyers en voie de guérison.

OBSERVATION. VII

Jean Mathilde, 3 ans. Entrée hôpital Maritime, le 15 novembre 1895. — Diagnostic : *Tuberculose du coude gauche*. Une fistule placée en dehors du cubitus. Un abcès volumineux, sur la face interne et postérieure de l'humérus ; un autre abcès au devant du radius.

La région est très peu douloureuse ; on imprime sans aucune douleur, de petits mouvements de flexion et d'extension de 15 à 20 degrés. Les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras restent possibles dans une certaine étendue et, sans douleur.

Lorsqu'on suit avec le doigt le bord postérieur sensible du cubitus, on constate au voisinage du coude un épaissement de cet os. Le coude dans son ensemble offre un renflement en fuseau de 7 à 8 centimètres de longueur.

Dans l'aisselle on trouve un groupe de ganglions tuméfiés, appartenant au groupe postéro-interne.

Intervention, 8 mars 1896.

Ouverture de la jointure sur la fistule située à la face externe de l'articulation.

L'incision est prolongée sur la face postérieure du cubitus. La section du tendon du biceps permet d'aborder *la cavité articulaire remplie de fongosités*.

L'olécrâne est en partie détruit. La tête du radius est saine ; mais la tête du cubitus est bourrée de fongosités, dont l'ablation avec la curette amène la formation d'une caverne s'avancant assez profondément dans le corps de l'os.

Suture consécutive, bourrage à la gaze iodoformée et pansement antiseptique.

Le 23 avril, 1896, guérison complète de la lésion tuberculeuse.

OBSERVATION VIII

D. J., sexe féminin, 5 ans. Entrée le 15 janvier 1896. — La malade présente des tuberculoses chirurgicales multiples, notamment de la tuberculose fistuleuse de l'os malaire droit ; de la tuberculose du genou gauche paraissant localisée au niveau de l'extrémité supérieure du tibia ; de la tuberculose fistuleuse du coude droit.

Le 21 août intervention pour la fistule siégeant à la face interne de l'olécrâne, et ne se fermant pas. On l'élargit, ce qui permet d'arriver sur la partie postéro-interne de la base de l'olécrâne. *Celle-ci présente une large caverne* qui est grattée et pansée à la gaze iodoformée. *L'humérus était sain ; le radius également.*

Fin septembre, la tuberculose du coude est en voie de guérison.

Mais déjà au 1^{er} mars 1896, dans une première intervention, on fit une incision de la partie moyenne de la diaphyse tibiale, incision de 8 centimètres environ. Le tibia est hyperostosé. Il contient un gros séquestre long de 5 centimètres. *La cavité qui contient ce séquestre est limitée à sa partie supérieure, du côté de l'articulation par du tissu sain.* Le 9 mai 1897, l'enfant quitte Berck avec son genou guéri. Il conserve à ce niveau une cicatrice opératoire d'environ 6 centimètres. Le coude a repris une bonne partie de ses mouvements.

OBSERVATION IX

L. Armand, 7 ans. Entré à l'hôpital Maritime, le 18 janvier 1896. — Diagnostic : Tuberculose du coude droit.

Intervention : 13 juin 1897.

Incision en baïonnette, mise à nu des surfaces articulaires. *De chaque côté de l'olécrâne on sent des masses fongueuses.*

On les cueille chemin faisant et on arrive sur le cubitus. Au niveau du bord interne, *la cavité sigmoïde de l'olécrâne; un nid tuberculeux rempli de fongosités et de grumeaux osseux, véritables* débris de séquestre. Cette caverne agrandie et curettée, on résèque l'extrémité inférieure de l'humérus sur une très petite étendue. La tête radiale est également abrasée et débarrassée de fongosités qui l'entouraient. *Mais la cupule radiale était saine.*

Lavage, suture totale, pansement. 25 juin. La plaie opératoire s'est réunie par première intention.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 19 février 1897.

OBSERVATION XI

M. Lucien, 9 ans. Entré le 16 avril 1869. — Diagnostic : 1. Tuberculose coude droit ; 2. Tuberculose costale ; 3. Spina ventosa.

Le 13 juillet 1896. Intervention : incision postérieure le long du cubitus et de l'olécrâne. *L'extrémité supérieure du cubitus offre des lésions d'ostéite chronique. Elle est séparée du reste de la diaphyse par un trait de fracture sensiblement transversal.* L'humérus est peu lésé. On trouve seulement une perforation étroite de cet os au niveau de la cavité olécrânienne. Le radius présente une spina ventosa occupant environ sa moitié supérieure. Toute la portion malade de cet os est enlevée à l'aide de la pince-gouge. Les surfaces articulaires de l'épiphyse humérale inférieure sont saines. Les 2 fragments du cubitus sont maintenus en présence par une suture faite avec deux crins de Florence. Pansement ouvert.

OBSERVATION XIII

Busy Jeanne, 3 ans. Entrée à l'hôpital Maritime, 5 janvier 1897. — Diagnostic : Tuberculose du coude droit, abcès fermés multiples.

A son entrée le coude droit est volumineux. Un abcès dans la région épitrochléenne s'étendant sur la surface postérieure de l'olécrâne. On sent à l'exploration une dépression, paraissant indiquer la présence d'un foyer osseux.

Intervention. Le 22 février 1897. — Incision en baïonnette à la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

On trouve en allant sur le cubitus, *l'olécrâne détruit sur une longueur de 5 centimètres. Au milieu des tissus fongueux on découvre un séquestre bien isolé et éburné, d'environ 2 cent. de long. Radius sain.*

Une petite ouverture dans la portion antérieure de la capsule conduit dans un large abcès situé à la face antérieure de l'humérus et descendant un peu dans l'avant-bras.

On débride la capsule assez largement ce qui permet le curetage de cette cavité.

Suture aux crins, pansement iodoformé.

Le 23 mai 1897.

Un abcès s'étant reproduit en dedans, au-dessus de l'épitrochlée, on intervient à nouveau, ouverture, curetage. L'abcès est en communication avec le coude; et puis, l'on est conduit sur l'extrémité supérieure du cubitus infiltré et ramolli.

Evidement sur une longueur de près de 2 centimètres. Le radius est sain, complètement recouvert de tissu fibreux.

Peu de fongosités dans l'articulation; suture avec drainage du foyer cubital.

Le 13 juillet l'enfant sort de l'hôpital; sa plaie opératoire cicatrisée, ayant des mouvements de 45° environ.

OBSERVATION XIV

P. Marius, 9 ans. Entré le 11 mars 1897. Diagnostic : 1. Tuberculose du coude gauche, avec abcès fistuleux sur la face externe du radius. 2. Coude droit fistuleux conduisant sur la région olécrânienne. Le 28 juin arthrectomie du coude gauche. Incision en baïonnette passant par l'abcès d'où sortent des fongosités.

Curettage soigné de l'articulation. Les fongosités sont surtout nombreuses autour de la tête du radius et dans les cavités coronoïdiennes et olécrâniennes ; suture sans drain.

Le 20 décembre 97, intervention pour le coude droit. On incise sur sonde cannelée et on arrive à *la base de l'olécrâne qui est le siège d'une caverne où se trouve un pus caséeux ainsi qu'un petit séquestre. Humérus sain, radius sain.*

Réséction de l'olécrâne à sa base. Le radius est réséqué en partie pour être au même niveau. Drainage à la gaze iodoformée, attelle plâtrée antérieure.

Mai 98, la cicatrisation marche bon train.

Septembre 98, l'enfant est ramené chez lui guéri.

OBSERVATION XVII

D. Louis, 5 ans. Entrée : 12 mai 1897. — Diagnostic : tuberculose multiple ; 1. Spina ventosa de la première phalange du médius droit ; 2. Foyer tuberculeux fermé au niveau de la moitié inférieure du cubitus droit ; 3. Abcès en dehors de l'olécrâne du côté gauche ; 4. Tuberculose crânienne.

Intervention, 3 juillet 97.

Ponction de l'abcès situé au-dessus et en dedans de l'olécrâne gauche. Le curettage de l'abcès conduit sur la partie moyenne de l'olécrâne. On poursuit l'incision le long du cubitus, où l'on reconnaît que l'olécrâne est envahi par un foyer tuberculeux

depuis son extrémité supérieure jusqu'à cinq centimètres au-dessous.

On fait l'évidement de la partie malade à la curette et à la pince-gouge, bourrage de gaze iodoformée; deux points de suture.

En même temps on fait un grattage des foyers tuberculeux crâniens.

Le 6 septembre, plaie opératoire cicatrisée.

L'enfant continue de rester à l'hôpital pour une scapulalgie gauche et une coxalgie déclarée à droite.

OBSERVATION XIX

Cit. Joseph, 11 ans. Entré le 12 nov. 1897. — Diagnostic : 1. Mal de Pott dorsal inférieur; 2. Tuberculose du coude déjà opérée à Paris.

Intervention :

1. Mal de Pott sous plâtre; 2. Le 25 février 98, l'enfant se plaint subitement de son coude droit. La palpation fait percevoir des masses fongueuses en arrière de l'olécrâne et de la tête radiale.

Une nouvelle poussée s'est déclarée.

Le 6 juin 98. On intervient pour le coude. Arthrectomie. Ouverture de l'articulation en se servant d'un trajet fistuleux. Ouverture et grattage des fongosités. Lésions osseuses nulles.

Ablation des cartilages des trois os. On laisse deux drains dans la plaie.

Le 17 juillet 98. On intervient pour spina ventosa de l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien gauche.

Le coude est en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXII

Legru, fille, 5 ans: Entrée à l'hôpital maritime, 3 février 1898. — Diagnostic : 1. Tuberculose du coude gauche ; 2. tub. du calcanéum.

A son entrée on constate une tuméfaction de toute la région du coude avec le ganglion sus-épitrochléen volumineux. Petite saillie locale au milieu des muscles épitrochléens.

Intervention, 14 mai 1898.

Incision verticale longeant l'olécrâne. Cet os est épaissi. *Sur sa face postérieure et près de son sommet, un petit orifice conduisant dans une caverne osseuse où l'on trouve un petit séquestre rouge tenant par en bas aux portions paraissant encore saines de l'os.*

L'olécrâne est évidé en bas sur une longueur de 5 cm.

Le radius a son col entouré de fongosités ; mais l'os est trouvé sain au dessous. Il est sectionné à la hauteur du cubitus. L'humérus est sain.

12 septembre 1898. Il y a longtemps que la plaie opératoire est cicatrisée. On intervient pour la tuberculose du calcanéum où l'on trouve un petit séquestre.

OBSERVATION XXVII

L. André, 6 ans. Entrée le 15 avril 1898. Sortie le 8 novembre 1898. — Diagnostic : tuberculoses multiples : 1. Fistules des deux os malaires ; 2. Coude droit déjà opéré à Paris ; 3. Coude gauche, abcès rétro-olécrânien.

8 août 1898. Intervention pour le coude gauche. L'abcès olécrânien a été ponctionné 6 fois pour éviter la fistulisation. Le tout sans succès.

On fait une incision sur l'abcès remontant jusqu'à l'interligne et on fait le curettage de ses parois.

Le coude est alors ouvert par une incision en baïonnette. L'humérus est complètement sain à son extrémité inférieure. L'extrémité supérieure du radius est également saine. *Seul l'olécrâne est le siège d'infiltration tuberculeuse non encore séquestrée.*

Ablation à la curette de cette zone d'infiltration en laissant une attelle postérieure.

La tête radiale est réséquée également jusqu'au niveau du cubitus. Grattage des fongosités dans le cul-de-sac sous-tricipital. Ablation de l'extrémité supérieure de l'olécrâne encore cartilagineuse. *Fin septembre.* Le malade est en bonne voie de guérison. Il quitte Berck le 8 novembre 1898 complètement guéri.

OBSERVATION XXXII

G. Georges, 10 ans. Entré à l'hôpital maritime le 10 mai 1898. — Diagnostic : Tuberculose multiple ; 1. Altérations osseuses localisées à la région olécrânienne et à la partie supérieure du cubitus gauche ; lésion fistuleuse ; 2. Gommes des deux cuisses de forme mixte gommo-lupique apparus il y a 2 ans. Toutes les deux sont cicatrisées au centre, conservant un semis de tubercules jaunâtres à leur périphérie.

Intervention le 11 septembre pour le coude gauche. Incision par la fistule de la région antéro-interne du coude. Un abcès s'était formé au dépens des ganglions sus-épitrochléens. *Les os paraissent sains.* Suture et léger drainage.

Bon état général.

L'enfant quitte l'hôpital en décembre 1899 avec ses gommes et ses plaies opératoires cicatrisées.

OBSERVATION XXXIII

F. Henri, 2 ans 4/2. Entré à l'hôpital maritime le 12 mai 1899. — Diagnostic : tuberculose multiple ; 1. Membre supé-

rieur droit; abcès fistuleux dans la région postérieure du coude; spina vendosa de l'extrémité inférieure du radius; 2. Membre supérieur gauche, cubitus tuméfié.

Intervention le 31 juillet 1899.

Coude droit : incision des parties molles à partir d'une fistule qui mène vers une caverne olécrânienne, d'où l'on extrait un séquestre de 4 c/m. La cavité est grattée ; ses bords amincis sont réséqués.

L'articulation est indemne. Incision de la tuméfaction du cubitus fait constater une excavation qui conduit dans l'olécrâne ; agrandissement ; grattage de la cavité ; suture sur léger drainage.

OBSERVATION XXXVII

G. Marguerite, 8 ans 1/2. Entrée à l'hôpital maritime, le 12 septembre 1899. Diagnostic : tumeur blanche du coude droit.

L'enfant se présente dans un état pitoyable. Son membre est en fuseau ; 6 fistules donnent à la région du coude l'aspect d'une écumoire.

Intervention le 22 octobre 1899.

Incision interne; on réunit toutes les fistules par des incisions sauf un trajet postérieur qui passe en arrière du nerf cubital; l'infiltration remonte en arrière jusqu'à la partie moyenne du bras.

L'humérus est le seul os paraissant fortement atteint. Il présente des lésions multiples qui rendent la trochlée méconnaissable.

L'épitrôchlée est également détruite. L'humérus est réséqué dans son 1/3 inférieure; grattage à la curette de Volkmann de tous les trajets fistuleux; drainage multiple; on bourre à la gaze sans rien fermer.

A sa sortie en mai 1900, persiste seule une fistulette sur le côté interne du coude et qui est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XLI

R. Germain, 3 ans. Entrée le 15 septembre 1899. — Diagnostic : tuberculose multiple : 1. Du calcanéum gauche déjà opéré ; 2. Du calcanéum droit. Le cou-de-pied est sain de deux côtés ; 3. Tumeur blanche du coude gauche.

Intervention 13 mars 1900.

On fait une incision longeant le bord externe du triceps brachial dont le tendon détaché en partie conduit sur un foyer caséux olécrânien. Le curettage y fait découvrir un séquestre de la grosseur d'une noisette. On bourre la cavité de gaze iodoformée. Dans la même séance grattage de la lésion calcanéenne droite. Là un séquestre non encore complètement isolé, avait parfaitement justifié l'intervention.

Le 25 mai 1900, l'enfant quitte Berck avec ses plaies opératoires bien cicatrisées.

OBSERVATION XLIII

D. Ernest, 2 ans. Entré le 13 octobre 1899. — Présente des lésions tuberculeuses du genou droit et du coude droit. Dans ce dernier article, un abcès très étendu et tendu de toutes parts.

Le 10 janvier arthrectomie du coude droit ; *l'humérus est trouvé sain ; le cubitus, par contre, offrait des points ramollis. jaunes, grisâtres.* Il est réséqué dans toute sa partie olécrânienne de même que le radius, pour être mis au niveau de l'os congénère.

Le 17 janvier, intervention pour genou droit, d'abord traité par le repos, l'extension continue et les injections modificatrices.

A l'incision on trouve une lésion intéressante qui nous la fait relater. Le tibia présente une lésion de son épiphyse siégeant sous le plateau interne, avec petit séquestre. *Pas de communication encore avec l'articulation.* La rotule et le fémur sont sains, les cartilages intacts.

OBSERVATION XLIX

Entré le 11 octobre 1900. Diagnostic : tuberculoses multiples : 1. Tuberculose du coude droit ; 2. Spina ventosa de la première phalange de l'index droit. Intervention le 26 septembre 1900. Par une fistule siégeant au niveau du tiers supérieur de la face postérieure de l'avant bras, on arrive sur le cubitus.

On y rencontre une caverne admettant l'extrémité d'un doigt. Très petite communication avec l'article ; celui-ci paraît secondairement atteint.

Curettage. — Contre-ouverture sur le côté interne ; enlèvement de débris osseux. On coupe une languette cutanéomusculaire sur laquelle passe une fistule conduisant du foyer primitif dans l'articulation.

Bourrage à la gaze iodoformée, pansement, appareil plâtré.

OBSERVATION LXI

R. Alexandre, 14 ans. Entré le 12 octobre 1900. — Diagnostic : tuberculoses multiples : 1. Tuberculose de l'olécrâne gauche avec fistule, 2. Lésions d'ostéite tuberculeuse du grand trochanter, 3. Abscess de la région sous-claviculaire gauche. Intervention le 24 décembre 1900, incision du coude le long du bord interne de l'olécrâne.

Cet os est trouvé augmenté de volume. *Il est dénudé, rugueux sur sa face interne et son bord postérieur.* Grattage jusqu'à l'apparition du tissu sain et rosé, suture avec un mince drainage.

La même intervention est pratiquée sur le grand trochanter. Là par une caverne osseuse on pénètre avec la sonde cannelée jusque dans le col du fémur.

OBSERVATION LXII

B. René, 2 ans. Entré le 16 novembre 1900. — Diagnostic :
1. Tuberculose fistuleuse du sternum; 2. Spina ventosa de l'extrémité supérieure du cubitus gauche.

Intervention 6 mai 1901.

Incision longeant le bord postérieur du cubitus. *Elle fait découvrir une vaste caverne de l'olécrâne et de la partie supérieure du cubitus* (d'environ 5 centimètres de longueur). On y rencontre en même temps un *séquestre blanc de 3 centimètres et noyé dans un pus fluide et sanieux.*

Radius et humérus sains, M. Ménard évide la caverne qui est d'ailleurs parfaitement enclose par du tissu compact.

Bouffrage de gaze iodoformée et pansement.

Le malade est traité en même temps pour ses autres lésions.

INTERPRÉTATIONS

Les lésions tuberculeuses des os du coude se répartissent ainsi par rapport à l'articulation.

1° Foyers osseux paraissant constituer la lésion primitive :

Dans le cubitus : 38.

humérus : 10.

radius : 1.

2° Parties molles sont primitivement atteintes et foyers osseux sont secondaires : 18 fois.

3° Sur 38 observations de tuberculose de l'olécrâne 20 fois le foyer tuberculeux était extra-articulaire. L'articulation est restée indemne.

4° Lésions du coude gauche : 26 fois.

— — droit : 32 —

— des deux coudes : 12 —

5° L'âge des sujets était de 2 à 16 ans.

6° Fracture de l'olécrâne concomitante 1 fois.

Pourquoi cette fréquence des lésions cubitales ?

1. Peut-on l'attribuer à la *superficialité* de l'os ainsi

exposé aux contusions? On connaît les expériences de Max Schuller et celles plus récentes de Kœnig attribuant au traumatisme de l'os un rôle prédisposant.

M. Ménard fait observer alors que les os du rachis et ceux de la hanche profondément placés, sont cependant ceux qui sont le plus souvent atteints.

2. Y a-t-il un rapport entre la lésion osseuse et l'inflammation suppurative de la bourse rétro-olécrânienne? M. Polaillon (*Affections chirurgicales des membres ; statistiques et observations*) décrit deux interventions pour ostéite de l'olécrâne consécutive à la suppuration de cette bourse.

On sait, d'autre part, en pathologie comparée, que l'inflammation suppurative de la bourse rétro-olécrânienne est très fréquente chez le cheval. Or, nous ne sachons pas que des lésions osseuses consécutives aient été signalées.

Nous n'avons pas observé une prédominance des lésions du coude gauche, comme dans les observations de M. Polaillon.

Par contre est-il à remarquer que les deux coudes ont été pris 12 fois; M. Ménard rapproche ce fait des observations fréquemment relatées de coxalgies et de mal de Pott doubles sur le même sujet. Il l'explique par une prédisposition à la tuberculose existant, à un moment donné, dans les parties similaires et symétriques du squelette. La plupart de nos observations ont trait à des enfants qui, en même temps que leur affection du coude présentaient d'autres lésions osseuses siégeant tantôt à la hanche et au pied, tantôt à la main ou à l'épaule. Ils

offraient ainsi un terrain propice pour le développement du bacille de Koch et, néanmoins exceptionnellement on avait à signaler des lésions pulmonaires.

Ce fait est en conformité avec les idées de Revilliod qui au congrès de Montpellier (avril 1898) soutint l'antagonisme entre les affections tuberculeuses externes et les affections pulmonaires. Son opinion sur ce sujet peut se résumer ainsi : « N'opérez pas le coude tuberculeux, par exemple, dont la suppuration constitue une sorte d'émonctoire à l'organisme, parce que vous ne savez pas si dans quelques jours, le malade, de ce fait, ne fera pas une poussée de tuberculose du côté des viscères. »

Cette opinion se trouve infirmée par ce que nous disons à propos du traitement des tuberculoses osseuses ouvertes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE CLINIQUE

Les lésions tuberculeuses des os du coude s'étaient présentées sous des aspects, de forme et de siège variables. Le plus souvent elles étaient circonscrites et correspondaient à l'infiltration grise, demi-transparente, gélatiniforme de Lannelongue, forme sèche de Kœnig. La moelle osseuse à ce niveau avait perdu ses caractères normaux et était jaunâtre : coloration indiquant macroscopiquement son altération vasculaire.

Dans cette forme c'est sans transition que l'on passe des tissus sains aux parties infiltrées. Le foyer tuberculeux, soumis à un courant d'eau, présente à sa périphérie un aspect trabéculaire. Des fins séquestres exsangues blancs et libres, d'autres grisâtres encore adhérents aux tissus sains, peuvent y être contenus.

Cette différence de couleur des séquestres, tient à ce que dans le premier cas, la circulation capillaire a été entravée à sa base, tandis que dans l'autre, il y avait au contraire, de l'hyperhémie. Un faible grossissement y fait découvrir, en effet, des lacs sanguins, des extravasations capillaires.

D'autres fois, c'est une bouillie osseuse, « de la poussière d'os » qu'on sentait au milieu de l'infiltration.

Mais y a-t-il une différence absolue entre le phénomène pathologique qui conduit à la formation d'un séquestre et l'infiltration grise ? Evidemment non ! (Ménard). Dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'un envahissement du tissu osseux par des follicules tuberculeux.

Que ceux-ci envahissent une zone osseuse en se localisant sur une artériole plus ou moins volumineuse et voilà l'origine d'un séquestre : *blanc* exsangue, si le vaisseau est complètement obturé ; *grisâtre* ou rosé si le vaisseau est seulement diminué de calibre.

Que les follicules tuberculeux diffusent et se multiplient en commençant par la périphérie vasculaire (les capillaires) et voilà une infiltration grise, sans séquestre.

Les séquestres dont il a été parlé dans les observations, étaient plus fréquemment *solitaires*. Dans quelques cas M. Ménard en a rencontré de 2 à 3, de dimensions et d'aspect variables.

Dans le cubitus et l'olécrâne, cette forme circonscrite pouvait se rencontrer siégeant, tantôt dans la partie centrale de l'olécrâne, tantôt à sa périphérie : du côté des parties molles ou de l'articulation. Elle pouvait s'étendre plus ou moins loin dans l'épiphyse cubitale.

Les séquestres avaient, dans trois cas, leur base dirigée vers l'article et rappelaient les séquestres cunéiformes de Kœnig. Deux fois, le séquestre, très volumineux,

occupait en même temps que la base de l'olécrâne, une étendue de 3 à 4 centimètres de la diaphyse cubitale.

Il était intéressant de constater qu'un foyer tuberculeux avec séquestre, voisin d'un cartilage articulaire, laissait celui-ci intact. On pouvait parfois, avec le doigt, le sentir tel. L'articulation dans ce cas pouvait également être indemne.

A coup sûr, si l'intervention avait été différée, ce cartilage qui constituait un garde-barrière aurait été détruit et l'articulation de ce fait secondairement atteinte.

Une discussion intéressante peut être soulevée à l'occasion du siège et de l'étendue de la lésion osseuse par rapport à l'articulation voisine. Lequel des deux, en effet, de l'os ou de l'articulation a été primitivement atteint ?

Pour ce qui concerne le *siège*, il est évident que lorsqu'un foyer tuberculeux volumineux occupe l'olécrâne et ne communique avec l'articulation voisine que par un orifice étroit, ce foyer peut être considéré comme primitif.

Que si, au contraire, l'articulation est remplie de fongosités et l'olécrâne érodé en capsule sur sa face sigmoïdienne, il est fort probable que l'os aura été secondairement affecté.

L'étendue de la lésion osseuse conduit à une discussion parallèle.

L'articulation profondément altérée et peu de lésions osseuses, celles-ci seront probablement survenues secondairement. Faible réaction articulaire et destructions

osseuses étendues, l'articulation aura été frappée en second lieu (Ménard).

A plus forte raison, quand un foyer osseux, par un petit pertuis, aura laissé le pus fuser en masse vers l'articulation voisine et qu'on aura rencontré les surfaces de celles-ci encore intactes.

L'épiphyse humérale, même quand elle était en rapport avec des fongosités au niveau des fossettes olécrânienne et coronoïdienne, n'était pas toujours atteinte en même temps que l'olécrâne.

Ses lésions siégeaient, tantôt dans l'épitrachée, ou l'épicondyle, et tantôt dans la paroi séparant les fossettes olécrânienne et coronoïdienne.

Le type de la lésion était une infiltration circonscrite avec ou sans séquestre.

Les foyers multiples existant simultanément dans la même épiphyse, se rencontraient dans un 5^e des cas.

Le séquestre peut-il se résorber ?

Le séquestre *peu volumineux*, est capable de subir une résorption partielle, exceptionnellement totale (Lannelongue). Mais, fait des plus importants pour le traitement interventionniste, *le plus souvent, il reste dans l'épiphyse comme un corps étranger, irritant sans cesse les tissus voisins et provoquant en eux un travail inflammatoire éliminateur*. L'épiphyse s'épaissit à la périphérie de l'os, mais s'atrophie du côté de l'articulation, parce qu'il ne se produit pas de nouvelles couches osseuses sous le cartilage diarthrodiale. Bientôt l'articulation peut être en contact avec la caverne contenant le séquestre

Dans de nombreuses observations, nous avons relaté l'existence dans l'olécrâne ou dans l'épiphyse humérale de foyers caséeux au milieu desquels existait un séquestre souvent très volumineux et incapable de se résorber, par conséquent, de lui-même.

On cite souvent les expériences de Billoth, de Lanne-longue, montrant comment des chevilles d'ivoire introduite dans un os peuvent subir une résorption partielle. Mais il s'agit d'os sain ayant tous les éléments de la lutte pour eux (vaisseaux non comprimés par des tubercules miliaires ; ostéoblastes sains).

b) Une autre forme de lésions rencontrée était la forme *diffuse, forme molle* de Kœnig. Elle a été moins commune que la première et se présentait sur la face postérieure de l'olécrâne et du cubitus.

Nous trouvons dans nos observations 30 fois la forme circonscrite ; 8 fois la forme diffuse pour le cubitus et sa portion olécrânienne. Dix fois, il y avait des séquestres de volume variable dans l'olécrâne et l'épiphyse cubitale.

6 fois sur 10 cas, avec humérus seul atteint, il y avait de 1 à 3 séquestres plus ou moins volumineux.

c) La *périostite tuberculeuse* a paru exister une fois *seule*, sur la face interne de l'olécrâne à la suite d'une gomme tuberculeuse suppurée.

d) Il est à relater, en outre, deux cas de *spina ventosa*, occupant l'une la tête et la diaphyse radiale, l'autre la base de l'olécrâne et une portion de cinq centimètres de la diaphyse cubitale.

TRAITEMENT

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les bienfaits pour toutes les tuberculoses osseuses d'une cure marine, de l'huile de foie de morue, de l'exercice ou tout au moins des promenades en plein air et des frictions stimulantes sur le corps. Nous ajouterons seulement que les amers, tels que quinquina, gentiane, ferrugineux, sont plus nuisibles qu'utiles.

Pour ce qui est du traitement local, le point spécial qui nous intéresse est de savoir *si, de l'étude anatomo-clinique que nous avons entreprise, on pouvait tirer quelques conclusions pour ou contre l'intervention plus ou moins radicale.*

Et d'abord nous distinguerons, comme pour toute tuberculose osseuse, différents cas :

1. Il y a une lésion osseuse, avec réaction sur l'articulation, mais sans abcès perceptible ;
2. Il y a un abcès, mais non encore ouvert ;
3. La tuberculose olécrânienne est avec abcès ouvert et fistule.

A) *Il n'y a pas d'abcès*, mais le malade accuse de la douleur, et une impotence consécutive de l'articulation ; la lésion est au début.

L'immobilisation, c'est-à-dire le repos absolu, est ici le remède souverain quand on lui ajoute une bonne hygiène. Il y a deux bons moyens pour l'obtenir : l'extension continue et l'appareil plâtré. On ne peut pas employer la première quand il s'agit du coude ; l'appareil plâtré convient donc seul. L'avant-bras sera maintenu à angle droit sur le bras ; car, en cas d'ankylose, c'est dans cette position qu'il peut rendre le plus de services.

L'immobilisation sera maintenue jusqu'à la disparition de la douleur et même plusieurs semaines après. Une mobilisation trop hâtive expose, après un temps variable de guérison apparente, à un retour de la douleur et à toutes ses conséquences.

Nous citerons seulement pour mémoire les différents traitements qui ont été, tour à tour, mis en usage. Le *massage* avec Gaujot (aujourd'hui complètement abandonné) ; les *douches* à percussion, en colonne, recommandées par Bonnet ; les *moxas* et autres *vésicatoires* de Gerdy, de Velpeau ; la *cautérisation* ponctuée ; la cautérisation transcurrente.

B) *Il y a un abcès, mais fermé.*

Nous connaissons à ce sujet des moyens plus ou moins radicaux.

a) Immobilisation simple et avec compression (bande de Velpeau ou bandelettes de diachylon, Bonnet).

b) Ponction avec une aiguille fine n^{os} 3 ou 4 de Dieulafoy et immobilisation.

c) Ponctions et injections modificatrices avec immobilisation.

d) Incision de l'abcès et curettage de ses parois.

e) Moyens divers récemment préconisés et encore insuffisamment étudiés, tels que l'hyperthermie (Clado, congrès de la tuberculose, 1891), l'hyperhémie (Bier, *Arch. f. kl. chir.*, T. 48), par l'eau bouillante (Bauby, *Arch. prov. de chir.*, 1894), enfin, les rayons rouges, les rayons cathodiques, etc.

Habituellement on ponctionne l'abcès quand il est tendu et qu'il menace de s'ouvrir à l'extérieur.

La ponction, qui peut être faite avec ou sans aspiration, est suivie ou non d'injection de liquides modificateurs.

Nombreux sont les liquides qui ont été préconisés. Nous en mentionnerons quelques-uns. La glycérine iodoformée (Mikulicz, Bilroth), l'éther iodoformé (Mosetig, Verneuil), la teinture d'iode faible (Bonnet), le naphtol camphré (Ménard, Calot), le thymol camphré (Ménard), la teucrium (Borel), l'ipsilène (iodoforme ou autres antiseptiques dissous dans le chlorure de méthyle); le gaiacol et la créosote dans l'huile (Calot), le Iodol dans l'huile (A. Gautier); le chlorure de zinc (Lannelongue).

Le naphtol camphré a donné un certain nombre d'accidents graves. Il est complètement abandonné par M. Ménard qui se sert du thymol camphré.

« Le procédé des ponctions a, sur le curettage même avec réunion primitive, trois avantages : il est d'exécution plus aisée et il ne constitue pas comme le curettage une véritable opération qui exige le chloroforme ; il est

praticable aussi souvent que le pus se reproduit et nous avons vu la guérison survenir après vingt ponctions (in coxalgie) ; il expose moins à la fistulisation, car un trajet de trocart se laisse plus difficilement forcer qu'une longue cicatrice. Enfin, et c'est là le point capital, les ponctions sont plus efficaces que le curettage» (Paul Guibal, *Presse méd.*, n° 93, 1899).

Cependant dans le cas d'abcès à marche rapide, menaçante, lorsqu'une ou plusieurs ponctions ont été faites sans qu'elles aient empêché l'abcès d'évoluer vers la périphérie, une intervention plus radicale devient nécessaire ; celle-ci seule empêchera les effets funestes d'une fistulisation. Il conviendrait alors de faire une incision large pour arriver à atteindre le foyer osseux qui sera en même temps curetté. Puis, on cherchera à avoir une réunion par première intention.

C'est cet ordre d'idées qui a guidé M. Ménard dans toutes les interventions semblables, relatées dans nos observations. Il s'agit de résections partielles, véritables opérations économiques.

Les incisions ont été faites en suivant tantôt le bord postérieur de l'olécrâne et du cubitus, tantôt le long du bord externe du triceps brachial. Par cette dernière ouverture, on peut en détachant plus ou moins complètement le tendon du triceps, arriver sur le bec de l'olécrâne qui peut être seul atteint. Par la première ouverture on arrive mieux dans le cœur de l'olécrâne et au besoin dans l'épiphyse et le corps du cubitus.

Cette intervention par résection partielle, atypique, a souvent été couronnée de succès. Elle a de l'avantage

sur une intervention plus radicale comme *la résection totale typique* du coude, surtout chez les enfants. La résection complète entraîne, en effet, un raccourcissement du membre, et à par suite des inconvénients pour son développement.

Donc, et pour résumer ce point, nous dirons que dans la plupart de nos cas, les ponctions et les injections avant la fistulisation avaient été de mise. Et, c'est quand, malgré tous les soins, la fistulisation s'est faite, on est intervenu jusque dans le repaire osseux de la lésion.

A plus forte raison quand un séquestre s'ajoute à la caverne osseuse et par sa persistance entretient une interminable suppuration.

Qu'un petit séquestre se résorbe, ou tout au moins s'érode sur ses faces, tout le monde en admet la possibilité. Mais, hélas ! par combien d'années de suppuration l'organisme ne paie-t-il pas le bout de séquestre qu'il aura grignoté !

C) *L'abcès est ouvert, il y a une ou plusieurs fistules, il y a peut-être un séquestre.* L'abcès a pu s'ouvrir

Nous voilà donc au troisième cas : malgré tous les soins et à l'insu du médecin. Sur ce point il n'y a pas de désaccord.

L'état général est bon, la fisture paraît bénigne, faut-il intervenir ? Non ! tout de suite ; oui ! si elle persiste, si l'état général périclité.

Dans le premier cas, on fait uniquement des pansements à plat. A la longue, et le grand air aidant, peut-être même aussi quelques injections modificatrices dans

les fistules (mieux vaudrait alors un liquide volatil qui transporte les produits antiseptiques dans tous les recoins de la lésion, comme l'éther iodoformé ou l'ipsilène) — à la longue, disons-nous, au bout de 1 an à 18 mois, la suppuration est d'abord diminuée ; puis elle s'arrête ; puis elle recommence un peu et finalement disparaît totalement. La fistule bourgeonne encore puis elle se ferme complètement.

Alors, quel est le chirurgien qui pourra, de bonne foi, affirmer que la fistule une fois close ne se rouvrira pas dans 6 mois, dans un an ; que le volcan osseux qui, pendant longtemps a jeté sa lave à la face du ciel, n'aura plus d'éruption ? Qui dira — la radiographie peut-être — qu'il ne se cache dans son sein, quelques séquestres demandant à voir le jour, à leur tour.

La plupart des enfants qui font l'objet de ce travail, avaient en même temps que leur lésion au coude de nombreuses altérations tuberculeuses que nous avons notées en passant. Leur état général était de ce fait très précaire.

La patience est grande dans les milieux hospitaliers de Berck ; mais, vraiment pourrait-on attendre de ces enfants, que leurs tissus soi-disant sains, réagissent au point de tarir leurs suppurations et éliminent au besoin leurs séquestres enfouis plus ou moins profondément au milieu des tissus néoformés ?

L'intervention, et une intervention radicale, en cherchant cette fois-ci autant que possible une réunion aseptique peut seule, en débarrassant l'articulation des fon-

gosités, permettre à l'état général de se remonter et de triompher victorieusement de ses multiples lésions.

Quand il s'agit d'intervention pour une lésion olécrânienne avec séquestre, c'est encore à la résection atypique que M. Ménard donne la préférence.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. Sur 38 cas de tuberculose de l'olécrâne 20 fois le foyer tuberculeux était extra-articulaire ; la jointure du coude est restée indemne.

2. La série ininterrompue de 67 interventions pour tuberculose de l'articulation du coude montre 38 fois un foyer primitif dans le cubitus et pouvant constituer l'origine de l'arthrite ; 10 fois le foyer primitif siège sur l'humérus ; une seule fois sur le radius.

3. Dans 18 cas, les altérations ulcéreuses des surfaces articulaires étaient vraisemblablement secondaires et dérivait de l'arthrite.

4. Il est curieux de constater qu'au coude comme sur certaines autres régions, plus souvent même qu'ailleurs, la tuberculose affecte les deux régions symétriques. Nous trouvons 12 fois les deux coudes atteints simultanément, tant les deux olécrânes que les autres os du coude.

La similitude de terrain, explique, en partie du moins, cette dualité symétrique des localisations tuberculeuses.

5. Les lésions du cubitus et de sa portion olécrâ-

nienne sont, tantôt centrales, tantôt périphériques. *L'absence possible de communication avec l'articulation justifie une intervention hâtive.*

6. 26 fois nous avons constaté des lésions circonscrites dans l'olécrâne ; 12 fois des lésions diffuses. Des séquestres notables existaient 11 fois sur l'olécrâne, 4 fois sur l'humérus.

Il a été noté, 3 fois, des séquestres cunéiformes à base articulaire, rappelant les séquestres cunéiformes de Kœnig.

8. Le pronostic des lésions du coude a été aggravé dans beaucoup de nos cas par ce fait que les sujets étaient en même temps porteurs d'autres lésions tuberculeuses osseuses ou cutanées.

9. Un diagnostic intéressant à faire, mais très rare, c'est celui de l'arthrite syphilitique avec lésions osseuses spécifiques. Le traitement spécifique y fait merveille au lieu et place de l'aiguille et du bistouri.

Les autres diagnostics anatomo-cliniques sont à faire avec les *néoplasmes sarcomateux* de l'olécrâne ; avec des *lésions synoviales* ; avec des *abcès froids* juxta-olécrâniens sans lésions osseuses.

10. Les notions anatomiques recueillies sur la tuberculose de l'olécrâne comportent certaines conséquences pratiques.

Le danger, connu, de l'ouverture d'un foyer olécrânien dans le coude, engage à intervenir par l'évidement, dès qu'on a reconnu une tuberculose extra-articulaire du coude. Cette intervention doit être conduite avec les

précautions convenables afin d'éviter avant tout l'ouverture du coude.

11. La fréquence des cavernes, et des séquestres oléocrâniens dans la tuberculose du coude justifie l'arthrotomie et la résection atypique dans les cas où la tuberculose se présente sous une forme grave (abcès multiples, suppuration abondante, gonflement menaçant).

L'élimination spontanée des séquestres est rare et tardive ; la réparation des cavernes est également difficile, même en l'absence de séquestre.

13. Les déformations post-opératoires du coude sont de peu de gravité, si l'opération est économe des parties osseuses.

Seule, la résection typique large donne lieu au résultat défectueux du coude ballant. M. Ménard n'en a jamais observé sur ses malades.

14. La multiplicité des grands foyers articulaires contre-indique le plus souvent toute intervention: la progression aggravante de la tuberculose étant, pour ainsi dire, fatale en pareil cas.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POZZI

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING. — *Leçons sur la tuberculose*, Paris, 1892 et *Rev. des sciences méd.*, t. XL.
- ALBERTIN. — Trait. de la tub. du genou.
- BAUBY. — Trait. des tub. chir. par l'eau bouillante. *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 541.
- BROCA (H.). — Tumeurs blanches chez les enfants. *Encyc. Léauté*, 1893.
- BOREL. — Trait. de la tuberculose par la teucrine. *Revue des sciences méd.*, t. XLII et *Rev. intern. de thér.*, 1894.
- BIER. — Trait. de la tub. chir. par l'hyperhémie. *Arch. f. Kl. chir.*, t. XLVIII, fasc. II.
- BONNET (A.) de Lyon. — Abscès froid articulé.
- BARWEL. — *Encyc. int. de chir.*, t. IV.
- BERTHET. — Trait. non sanglant de la coxalgie. *Th. Lyon*, 1892.
- BOECKEL. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1878.
- BRISSAUD. — *Rev. mens.*, 1879,
- CALOT. — *Trait. de la coxalgie*. Tumeurs osseuses chez les enfants. Congrès de chir.
- Trait. des tumeurs blanches par inject. modificatrices intra-articul. Congrès de chirurgie.
- Trait. non sanglant des ostéo-arth. tub. (Congrès de la tub. de 1898).

- CHANDELUX. — Des synovites fongueuses. *Th. Ag.*, 1883.
- CLADO. — Trait. des lésions tubercul. accessibles par la température élevée. (Congrès de la tub., II^e S. (1891.)
- CROCQ. — *Trait. des tumeurs blanches*. Bruxelles, 1853.
- CORNIL. — *Arch. de phys.*, 1870.
- DEPAGE et GALLET. — Général. tuberc. après intervention chirurg. sur foyers tuberc. *Ann. de la société belge de chir.*, 15 juin 1894.
- FEDOR KRAUSE. — *Kl. woch.*, 1889.
- GANGOLPHE. — *Mal. inf. et paras. des os*, 1894.
- *Arch. prov. de chir.*, 1892. n^o 2.
- *Traité Le Dentu*, t. III, p. 669 et suivantes.
- GOSSELIN. — *Dict. de méd. et de chir. pratique*.
- GROSS. — *Path. chir.*, t. III.
- HEYDENREICH. — *Dict. encyc. des sciences méd.*, 1882.
- HUETTER. — *Deut. Zeit. f. chir.*, t. XI, 1879.
- HIP. MARTIN. — *Rev. de méd.*, 1884.
- JEANNEL. — Des accidents de la méthode sclérogène. *Arch. prov. de chir.*, 1894.
- KIÈNER et POULET. — *Arch. de phys.*, 1883.
- KONIG. — *Tub. des os et art.*, 1884. Bruxelles.
- KIRMISSON. — Leçons cliniques sur les mal. de l'app. locomoteur, Paris, 1890. *Union méd.*, 1892.
- KOSTER. — *Arch.*, t. XLVIII, 1869.
- LAGRANGE. — *Traité de chir.*, t. III.
- LANNELONGUE. — La méthode sclérogène. *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1891.
- Tuberculose chir. *Encyclop. Leauté*, 1893.
- LEVI-KLOTZ. — Trait. des tuberculoses locales en général, *Th.*, Paris, 1896.
- LAVERAN. — *Prog. méd.*, 1876.
- LÉTIÉVANT. — *Lyon méd.*, 1878 et 1879.
- MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'ostéo-arthrite tubercul. ; leur traitement par la méthode sclérogène. *Th.*, Paris, 1896.

- Des différentes variétés étiolog. et clin. des abcès froids, *Gaz. des hôp.*, 1894.
- *Traité Le Dentu-Delbet*, t. III.
- MÉNARD. — Coxo-tuberculose, *Bib. Charcot-Debove*, 1894. —
Etude pratique du mal de Pott. — *Revue d'orthopédie*.
— Différents congrès pour la tuberculose.
- MOLLIÈRE (D.). — Des abcès froids. *Lyon méd.*, 1890.
- MICKULICZ. — Trait. de la tuberculose par stase veineuse.
Centralblatt f. Chir., 1894, n° 12. Même sujet, *Rev. internationale de thérap.*, 1893-94.
- MULLER. — *Centralblatt. f. chir.*, 1884, n° 3.
- NÉLATON (Ch.). — La tuberculose dans les affections chir., *Th. d'agr.*, 1883.
- *Rev. des sciences méd.*, 1885.
- OLLIER. — *Traité des résections*, t. I.
- *Rev. de chir.*, 1883.
- Opérations conservatrices dans la tub. articulaire. *Rev. de Chir.*, 1885.
- PANAS. — Article Articulation du *Dict. de méd. et chir. pratique*.
- PAWLOWSKY. — *Trait. de la tub. du péritoine, des articul. et du tissu cellulaire sous-cutané par la leucocytose artif.* — *Comptes Rendus*, in Congrès de tuberculose. Paris, 1888, 1891, 1893.
- PESME. — *Trait. des tuberculoses externes fistuleuses*. *Th.*, Paris, 1901.
- PICQUE et MAUCLAIRE. — *Thérap. chir. des maladies des articulations*, 1895.
- PICQUÉ. — Article Tumeurs blanches du *Dict. encycl. des scienc. méd.*, 1887.
- POULET. — Congrès de chirurgie, 1805.
- PRODÈSE (de Karkoff). — Congrès russe, 1889.
- RANKE. — Ueber d. Thymol (*Kl. Vorträge*, 1878).
- RUST. — *Artro kokalgie* Wien, 1817.
- REYHER. — *Deutsche Zeit. f. chir.*, 1873, t. IV.

- STRAUSS. — *La tuberculose et son bacille.*
SCHUSCHARD et KRAUSE. — *Fortsch. f. méd.*, 1883.
SCHULLER. — *Centralblatt. f. chir.*, 1878.
SOCIN. — De la tuberculose art. *Correspondenzblatt f. chir. Aerzte*, 1^{er} avril 1886.
VINCENT. — *Encyclop. intern. de chir. ostéopathies tub. et scrofuleuses.*
VOLKMAM. — In *Traité de Bilioth et Sammlung klin. Vorträge*, 1879.
WENDELSTADT. — *Centralblatt f. chir.*, 1889.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
